

ИЗЛОЖЕНИЕ ФАКТОВ ДЛЯ ДОБАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 16 ЛЕТ

(Дополнительная анкета и просьба на получение денежной помощи и/или талонов на питание)

ИНСТРУКЦИИ:

Заполните эту форму на нового ребенка в доме и подпишите в разделе Заявление. Если вам необходимо больше места приложите еще один лист бумаги. Воспользуйтесь одной формой на одного ребенка.

Если вы получаете денежную помощь и вы хотите помощь на нового ребенка, эта форма должна быть заполнена родителем или совершеннолетним родственником, присматривающим за ребенком.

Для семей, получающих талоны на питание, которые не получают или не хотят получать денежную помощь, эта форма должна быть заполнена совершеннолетним членом семьи или уполномоченным представителем.

ПОТРЕБНОСТИ РЕБЕНКА С УЧЕТОМ ТОГО, ЧТО РОДИТЕЛИ: (✓) НИЖЕ

УМЕРЛИ	ИНВАЛИДЫ	ОТСУТСТВУЮТ	БЕЗРАБОТНЫ
--------	----------	-------------	------------

1. ИМЯ РОДИТЕЛЯ ИЛИ РОДСТВЕННИКА, ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО ЗА РЕБЕНКОМ _____ ТЕЛЕФОН (_____) _____

2. Предоставьте нам все факты про этого ребенка
ИМЯ РЕБЕНКА (ИМЯ, ФАМИЛИЯ) _____ ИМЯ, ФАМИЛИЯ МАТЕРИ _____

НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ _____ ПОЛ (✓) М ИМЯ, ФАМИЛИЯ ОТЦА _____

МЕСТО РОЖДЕНИЯ (ГОРОД/ШТАТ/СТРАНА) _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ (МЕСЯЦ, ДЕНЬ, ГОД) _____ СЛЕПОЙ ГЛУХОЙ, ИНВАЛИД ДА

ВИД ПОМОЩИ (✓) Денежная помощь Талоны на _____ СТАТУС: ГРАЖДАНИН/НЕ ГРАЖДАНИН Гражданин США/Коренной Не гражданин ДА

РОДСТВЕННОЕ ОТНОШЕНИЕ К АППЛИКАНТУ ИЛИ К РОДСТВЕННИКУ, ПРИСМАТРИВАЮЩЕМУ ЗА РЕБЕНКОМ ДА НЕТ _____ РЕБЕНОК, ВЗЯТЫЙ НА ВОСПИТАНИЕ: ДА НЕТ _____ ЕСЛИ РЕБЕНОК МЛАДШЕ 6 ЛЕТ, СДЕЛАНЫ ЛИ ВСЕ НЕОБХОДИМЫЕ ПРИВИВКИ? ДА НЕТ Старше 6 лет

3. Получил ли ребенок денежную помощь или талоны на питание в этот месяц? ДА НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ВИД ПОМОЩИ Денежная помощь Талоны на _____ ГДЕ (Округ, Штат) _____

4. Получает или рассчитывает ребенок получить доход, как например: Заработок, Дополнительный доход/Дополнительная выплата штатом (SSI/SSP), Льготы Социального Страхования, Алименты, Платеж за Временное Воспитание, Льготы Ветеранов и т.п. Если "ДА", заполните ниже: ДА НЕТ

ВИД ДОХОДА	СУММА (До вычетов, если необходимы)	КОГДА	КАК ЧАСТО
	\$ _____		

5. А. Заполните ниже, если вы хотите денежную помощь на этого ребенка и возраст ребенка от 6 до 16 лет. Посещает ли он/она школу регулярно? ДА НЕТ
Если "НЕТ", объясните, почему не посещает регулярно: Возраст не 6-16

В. Беременный подросток или несовершеннолетний родитель? ДА НЕТ
Если "ДА", Отметьте (✓) статус: Беременная Несовершеннолетний
СТАТУС ОБРАЗОВАНИЯ, ОТМЕТЬТЕ (✓): Диплом средней школы Имеет диплом, приравненный к школьному (GED) Не посещает школу (объясните): _____ Посещает школу в настоящее время Другое (объясните): _____

С. Получал ли ребенок денежное поощрение или наказание или помощь по присмотру, транспорту и т.п. от программы Cal-Learn? Если "ДА", заполните ниже: ДА НЕТ
ГДЕ (ОКРУГ) _____ ДАТА(Ы) КОГДА ПОЛУЧЕНО _____

6. Находились ли родители этого ребенка в вооруженных силах США? ДА НЕТ
Если "ДА", заполните ниже:

ИМЯ РОДИТЕЛЯ	РОДИТЕЛЬ ГРАЖДАНИН США	РОД ВОЙСК	ДАТЫ СЛУЖБЫ	УВОЛЕН С ЧЕСТЬЮ
	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ			<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ

7. Заполните ниже, если вы хотите талоны на питание на этого ребенка и он не гражданин США

А. Сколько всего лет этот ребенок и/или его/ее родители проживали в США?

В. Пока проживали в США, в течение скольких лет этот ребенок и/или его родители зарабатывали деньги, работая в США?

С. Пока проживали за пределами США, в течение скольких лет этот ребенок и/или его родители работали в США, или на какую-нибудь компанию США?

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

CASE NAME _____
CASE NUMBER _____
WORKER NAME AND NUMBER _____
DATE RECEIVED _____

AU	Non-AU	MFG Child <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	FS Non-HH Excl. Member Code:
----	--------	--	------------------------------------

Work Registration/Exemption Codes:
WtW: _____ FS: _____

VERIF: Blind/Deaf/Disabled
 SSN Citizen SAVE
 Eligible Noncitizen

Alien Reg. No. _____ D.O.E. _____

CA and FC Elig/CR Chooses:
Child CA Foster Care
CR CA None

Verification provided

Verification provided
 FC Income Counted on
FS Case YES NO
 CA Eligible for Higher MAP

Income	(✓) if exempt
Unearned	Earned CA

Verified:
 Referred to Cal-Learn
 CA 25
 CA 25A

CA 5 YES NO
Date Initiated _____
FS: Honorable Discharge YES NO

8. Имеет ли ребенок недвижимость или ресурсы, как например: наличные, землю, банковские счета, доверительные фонды, облигации займа, доверительные фонды или платежи на душу населения коренных американцев или другие? Если "ДА", заполните ниже:				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	COUNTY USE ONLY
ВИД РЕСУРСОВ	НОМЕР СЧЕТА/ ПОЛИСА	НАЗВАНИЕ АДРЕС БАНКА, Т.П.	ЦЕННОСТЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ	<input type="checkbox"/> Verification provided <input type="checkbox"/> CA Restricted Account <input checked="" type="checkbox"/> Check if exempt <input type="checkbox"/> CA <input type="checkbox"/> FS	
9. Есть ли у ребенка Medicare или медицинская страховка, как например: Blue Cross, Kaiser, CHAMPUS, и т.д., оплачиваемая родителем или его работодателем? Если "ДА", укажите страховку:				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	<input type="checkbox"/> Verification provided Health Coverage Code:
10. Укрывается ли этот подросток или убегает от закона за преступление, чтобы избежать наказания за уголовное преступление, ареста или тюремного заключения после осуждения или в нарушение условного осуждения или досрочного освобождения?				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
11. Был ли осужден этот ребенок за преступление, связанное с хранением, употреблением или распространением наркотиков? Если "ДА", приведите факты для денежной помощи, за осуждения 1/1/98 или позже; и для талонов на питание - преступления и осуждения после 8/22/96.				<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ	
ДАТА ОСУЖДЕНИЯ		ДАТА ПРЕСТУПЛЕНИЯ			
12. A. Если вы можете получить денежную помощь, члены вашей семьи в возрасте до 21 года и имеющие на это право, могут получить некоторые медицинские осмотры по программе детского здравоохранения и предотвращения инвалидности(CHDP).				ДА	НЕТ
• Вам нужны дополнительные факты об услугах CHDP?.....					
• Вы хотите бесплатные медицинские или зубоорачебные услуги CHDP?					
• Вам нужно помочь договориться о визите к врачу или дантисту?...					
B. Вам нужны дополнительные факты о прививках?					
C. Вам нужны факты о не дискриминационных консультациях по борьбе с алкоголизмом /наркотиками, прошлыми медицинскими расходами и другими потребностями?					
D. Нужно ли беременной найти врача, получить медицинский транспорт и/или другую помощь?					
E. Кто-либо кормит ребенка грудью? Если "ДА", был ли рожден ребенок в течение последних трех месяцев?					
F. Вам нужны факты о услугах клиники по планированию семьи, чтобы помочь вам планировать размер вашей семьи и предотвратить незапланированную беременность?					
<input type="checkbox"/> CHDP brochure and explanation given				<input type="checkbox"/> CHDP Referral <input type="checkbox"/> Date:	
<input type="checkbox"/> Referred for Immunization				<input type="checkbox"/> Other services referral <input type="checkbox"/> Pregnant <input type="checkbox"/> Parent or Guardian of child under 5 <input type="checkbox"/> Breastfeeding <input type="checkbox"/> Postpartum <input type="checkbox"/> WIC referral <input type="checkbox"/> Family Planning info given Date Referred:	

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я понимаю, что:

- Если я намеренно предоставлю неправильные факты или не представлю все факты или ситуации, которые могут повлиять на мое право на получение помощи, я могу быть наказан штрафом и/или тюремным заключением. Я могу быть оштрафован на сумму до \$10 000 за нарушение программы денежной помощи и \$250 000 за нарушение программы талонов на питание. Меня могут осудить на 3 года тюремного заключения за нарушение правил программы денежной помощи и 20 лет за нарушение программы талонов на питание. И льготы денежной помощи, и талонов на питание могут быть остановлены на 6 месяцев, 12 месяцев, 2 года, 4 года, 5 лет, 10 лет, 20 лет или навсегда; и для денежной помощи для беженцев: 3 месяца и 6 месяцев.
- Мое дело может быть выбрано для пересмотра для подтверждения права на помощь, и я обязан полностью сотрудничать с работниками округа, штата и федерации в любом пересмотре дела.

Сознавая ответственность за лжесвидетельство по законам Соединенных Штатов и штата Калифорния, я заявляю, что информация, содержащаяся в этом Изложении Фактов, правильна, правдива и изложена полностью.

КТО ДОЛЖЕН ПОДПИСАТЬ ЭТУ ФОРМУ: Для денежной помощи: вы и ваш супруг(а), получающий(ая) помощь или второй родитель (если проживает в доме) ребенка, получающего помощь. **Для талонов на питание:** совершеннолетний член семьи или уполномоченный представитель.

ПОДПИСЬ ПРИСМАТРИВАЮЩЕГО РОДСТВЕННИКА И/ИЛИ СОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО ЧЛЕНА СЕМЬИ, ПОЛУЧАЮЩЕЙ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ СУПРУГА(А) ПОЛУЧАЮЩЕЙ(ГО) ПОМОЩЬ ИЛИ ДРУГОГО РОДИТЕЛЯ (ЕСЛИ ПРОЖИВАЕТ В ДОМЕ) РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ПОМОЩЬ	ДАТА
ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ПОСТАВЛЕН ЗНАК ВМЕСТО ПОДПИСИ, ПЕРЕВОДНИКА ИЛИ ДРУГОГО ЛИЦА, ЗАПОЛНИВШЕГО ФОРМУ	ДАТА

COUNTY USE ONLY (ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ)

<input type="checkbox"/> INELIGIBLE (Reason)				IMMUNIZATION <input type="checkbox"/> Informing (TEMP CW 101/101A) Regs Met: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
<input type="checkbox"/> ELIGIBLE	Eligibility Conditions Met - Date:	Authorization Date:	Effective Date of Aid:		
Signature of County Worker	Date	Signature of Supervisor		Date	